

TELAAH REKAM MEDIS PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS SEBELUM DAN SESUDAH PELATIHAN DI IRNA II, RSUP DR. SARDJITO YOGYAKARTA

*MEDICAL RECORD REVIEW BEFORE AND AFTER TRAINING PROGRAM
ON IMPROVING THE QUALITY OF PEDIATRICIAN'S MEDICAL RECORD
IN SARDJITO TEACHING HOSPITAL YOGYAKARTA*

Meliala A dan Sunartini

Magister Manajemen Rumah Sakit,
Universitas Gadjah Mada,
Yogyakarta

ABSTRACT

Background: To date, the completeness of medical record remains become main problem in the hospital information management. The core of the health information system in the hospital lies in the medical record, which contain all the data concerning diseases and practices. Therefore it's important to make a review on the completeness of the medical record and perform a trial to enhance the quality of the medical record in the teaching hospital Sardjito Hospital, as a teaching take a huge responsibility in producing a professional clinicians medicinal and administratively.

Method: The objectives of this study were to identify the completeness of medical record, and to analyze the differences on the completeness of medical record before and after training programmed. The location frames in the Pediatric ward of Sardjito Teaching Hospital. A quasy experiment model, an after and before study without control groups, was adopted in this study. The medical record before the study became base line data, and the one after training would be the next data to compare to the previous. Training programmed as the predictor variable to influence the completeness of medical record as the criterion variable, which were represented on the assessment by the residences as a trainee, who have responsibility in patients medical record. A statistical method was used to analyze the specific differences qualitatively.

Result and conclusions: As result, in 30 section of 92 couple medical record, it is found that 4 of them decreased after were implemented. But rest, were increasing significantly. Statistically, training program influenced the completeness of medical record after training program, compared to medical record full-filled before training program, at t-value: 3,66 on 0,001 2-tail significance. Though, as the main target on the training, ICD-X code and on the time returning, were still poor and under the international standard.

Keywords: completeness of medical record, training program

PENGANTAR

Kelengkapan rekam medis dan ketepatan waktu pengembaliannya masih menjadi persoalan bukan hanya di negara berkembang, namun di negara maju pun keadaan ini masih sering dijumpai. Fenomena di atas dapat dilihat melalui kinerja rekam medis di beberapa rumah sakit. Kelengkapan pengisian rekam medis pada 11 rumah sakit tersier di Korea sangat jauh dari ideal.¹ Di organisasi pelayanan kesehatan Inggris melalui *The Audit Commission on National Health Service* menyimpulkan adanya defisiensi yang serius dalam pengelolaan rekam medis mulai pengisian sampai

dengan penyimpanan.² Dengan demikian, pengelolaan teknis medis dan risiko medis tidak akan berjalan dengan baik. Penelitian yang lain adalah yang dilakukan oleh Meliala³ di Bagian Saraf RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta yang menyatakan bahwa rekam medis pasien epilepsi yang dirawat selama tahun 1990 hanya 70% yang terisi lengkap. Hasil penelitian Hatta⁴ di RSAB Harapan Kita menyebutkan bahwa banyak terjadi kegagalan dalam sinkronisasi data yang tercantum di rekam medis. Selain itu terdapat 63,8% rekam medis yang tidak lengkap, juga terdapat berbagai macam ketidaklengkapan lain dalam setiap bagian rekam medis.

Dari data yang diperoleh Subbagian Rekam Medis RSUP Dr. Sardjito disebutkan bahwa sampai pada bulan September 1999, ditemukan tingginya jumlah rekam medis yang tidak kembali setelah 1 bulan pasien rawat inap ke luar dari rumah sakit. Rekam medis pasien yang dirawat pada bulan Agustus banyak yang belum terisi lengkap. Persentasenya berkisar antara 3,03% sampai 100%. Untuk bangsal Instalasi Rawat Inap II (Kesehatan Anak) terdapat 167 kasus dengan jumlah rekam medis yang lengkap sebanyak 12 (7,19%) dan 155 (92,81%) rekam medis yang belum dilengkapi. Di bangsal yang merawat bayi didapatkan 141 kasus dengan rekam medis yang lengkap sebanyak 52 (26,88%) dan 89 (63,12%) rekam medis yang belum lengkap.

Untuk bulan Mei 2000 terdapat 55 rekam medis yang belum kembali dari 251 rekam medis yang terdaftar, sedangkan bulan Juni 2000 terdapat 174 rekam medis yang belum kembali dari 207 rekam medis pasien yang menjadi pasien di IRNA II.

Fakta-fakta di atas menunjukkan bagaimana kelengkapan rekam medis yang sedemikian memprihatinkan, akan tetapi masih belum dianggap sebagai permasalahan yang serius. Indikasi rendahnya kinerja rekam medis telah lama diketahui terjadi di berbagai tempat. Tetapi sampai saat ini masih juga terjadi. Ini berarti belum ada penanganan serius yang komprehensif dan terintegrasi yang dikerjakan untuk menyelesaikan permasalahan kelengkapan pengisian rekam medis.

Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito (RSUP Dr. Sardjito), Yogyakarta merupakan salah satu rumah sakit pendidikan yang ada di Indonesia. Sebagai rumah sakit pendidikan, RSUP Dr. Sardjito diharapkan menjadi contoh dalam pengelolaan rekam medis yang baik dan benar. Dengan melihat kemampuannya dalam menghasilkan dokter RSUP Dr. Sardjito merupakan tempat untuk mendidik para calon dokter umum dan dokter spesialis yang sampai akhir tahun 1999 terdapat 476 calon dokter spesialis yang belajar, dengan 185 orang dokter ahli sebagai pembimbing. Tentunya rumah sakit ini diharapkan menjadi pelopor dalam pembenahan masalah yang terjadi dalam pengelolaan rekam medis.

Bagian Ilmu Kesehatan Anak FK UGM Yogyakarta bertanggung jawab mencetak dokter spesialis anak. Bagian ini juga mempunyai prestasi pengelolaan rekam medis yang baik di masa lalu. Pada saat masuk residen sudah mendapatkan penjelasan khusus mengenai rekam medis dengan tema *Problem Oriented Medical Record*. Selain diajarkan mengenai aspek rekam medis yang lain, namun melihat data yang diperoleh dari Subbagian

Rekam Medis tanggal 21 September 1999, dikatakan bahwa untuk Bagian Penyakit Anak masih terdapat 92,81% rekam medis pasien yang dirawat selama bulan Agustus yang belum dilengkapi. Maka dapat dikatakan masih ada permasalahan yang lebih mendasar terhadap terjadinya penurunan kinerja rekam medis di bagian ini. Dengan mengacu data di atas dan melihat pada kasus yang sama yang terjadi di rumah sakit lain, maka masalah rekam medis dan kelengkapannya merupakan persoalan klasik dan dapat pula diartikan sebagai persoalan kolektif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Salah satu cara untuk meningkatkan kelengkapan rekam medis adalah melalui pelatihan dan dilakukannya penyegaran kembali kepada para klinisi mengenai arti penting rekam medis dan mendiskusikan persoalan yang sering dihadapi dalam mengisi rekam medis. Dengan penyegaran kembali dan dialog diharapkan terjadi kenaikan komitmen tersebut dan akan terlihat dari kelengkapan rekam medis yang terjadi. Penilaian kelengkapan rekam medis dilakukan sebelum dan sesudah pelatihan. Perbedaan yang terjadi perlu diuji tingkat kemaknaannya secara statistik agar terjadi obyektivitas dalam menilai perbedaan tersebut.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan pre-eksperimental. Perlakuan dikenakan pada satu kelompok dengan penilaian sebelum dan sesudah perlakuan yang berupa program pelatihan, serta tanpa kelompok pembandingan.⁵ Rentang waktu penelitian yang dipergunakan adalah 1 bulan sebelum dan 1 bulan sesudah pelatihan.

Penelitian ini dilakukan di lingkungan RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta yang merupakan rumah sakit tipe B pendidikan. Populasi penelitian ini adalah seluruh residen yang resmi terdaftar pada Program Pendidikan Dokter Spesialis, Fakultas Kedokteran UGM, Bagian Ilmu Kesehatan Anak dan bertugas di Bangsal IRNA II RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

Unit analisis penelitian ini adalah rekam medis pasien bangsal IRNA II, RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang tercatat selama bulan April 2000 dan Juni 2000. Subyek penelitian adalah residen bagian ilmu kesehatan anak, FK UGM Yogyakarta dengan kriteria tertentu.

Data kelengkapan pengisian rekam medis akan diukur dengan *check list* yang berisi penilaian untuk 30 seksi rekam medis, sesuai dengan rekam medis resmi yang dipakai RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta. Adapun rekam medis yang dinilai

kelengkapannya adalah rekam medis pasien IRNA II yang dirawat pada bulan April 2000 sebagai data kelengkapan rekam medis sebelum pelatihan dan rekam medis pasien IRNA II yang dirawat pada bulan Juni 2000 sebagai data kelengkapan rekam medis sesudah pelatihan.

Yang menilai kelengkapan rekam medis adalah peneliti bersama 2 orang staf Subbagian Rekam Medis dengan menggunakan variabel bebas yaitu program pelatihan dan variabel tergantung yaitu kelengkapan pengisian rekam medis.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Sampai dengan akhir pengumpulan rekam medis hanya 92 rekam medis yang masuk ke subbagian rekam medis. Pasien yang terdaftar di IRNA II pada bulan April 2000 sebanyak 159 dan rekam medis yang dapat dikumpulkan sampai dengan awal bulan Juni 2000 hanya 138 rekam medis, sedangkan pasien yang di rawat di IRNA II untuk bulan Juni 2000 sebanyak 158 pasien dan rekam medis yang dapat dikumpulkan sampai dengan Juli 2000 sebanyak 92 rekam medis. Dengan demikian kelengkapan yang dinilai sebelum dan sesudah pelatihan hanya 92 rekam medis.

1. Diagnosis Masuk dan Diagnosis Keluar

Dari 92 rekam medis sebelum pelatihan (RMBP) didapatkan 60,9% yang terisi lengkap, sedangkan 92 rekam medis sesudah pelatihan (RMSP) didapatkan tingkat kelengkapan sampai dengan 95,7%. Untuk diagnosis keluar RMBP didapatkan 93,5% rekam medis yang terisi dan terdapat 96,7% rekam medis RMSP yang lengkap.

2. Pengantar Rekam Medis

Pengantar rawat inap merupakan media komunikasi antara dokter penerima dengan dokter bangsal. Lembaran ini menjadi dasar bagi dokter bangsal untuk memulai perawatan pasien.

Dari 92 RMBP didapatkan tingkat kelengkapan pengisian pengantar rawat inap sampai 98,9%, yang untuk RMSP juga didapatkan persentase yang sama yaitu sebesar 98,9%.

3. Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, Ringkasan Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik

Pada bagian ini, pengisian rekam medis mutlak menjadi pekerjaan dokter, yang seluruh pengambilan data mengenai penyakit pasien sangat tergantung pada kemampuan dan kemauan dokter untuk mencatat dalam rekam medis.

Dari 92 RMBP anamnesis dan pemeriksaan fisik yang lengkap didapatkan pada 100% rekam medis yang dinilai. Untuk *resume* anamnesis dan

pemeriksaan fisik didapatkan tingkat kelengkapan mencapai 91,3%. Untuk RMBP pada bagian anamnesis hanya ditemukan 97,8% rekam medis yang lengkap. Pada bagian pemeriksaan fisik didapatkan kelengkapan sebesar 96,7%, dan pada *resume* keduanya mencapai kelengkapan sebesar 96,7%.

4. Pemeriksaan Laboratorium dan Periksaan Lain

Pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan lain merupakan penunjang bagi dokter sebelum menegakkan diagnosis. Kegunaan lain adalah sebagai media komunikasi antardokter jika seorang pasien dirawat oleh beberapa dokter, sehingga tidak terjadi pemeriksaan yang bertumpuk dan merugikan pasien.

Pada RMBP didapatkan 97,8% rekam medis yang dilengkapi dengan pemeriksaan laboratorium dan terdapat 69,5% yang dilengkapi dengan pemeriksaan lain. Pada bagian pemeriksaan lain, terdapat 31,5% rekam medis yang tidak mengindikasikan pemeriksaan lain. Untuk RMSP didapatkan 94,6% rekam medis yang dilengkapi dengan pemeriksaan laboratorium. Terdapat 2,2% yang tidak dilengkapi walaupun pada instruksi dokter terdapat perintah untuk pemeriksaan laboratorium, dan terdapat 3,3% rekam medis yang tidak mengindikasikan pemeriksaan laboratorium. Untuk pemeriksaan lain, didapatkan RMSP sebanyak 67,4%, rekam medis yang lengkap, 3,3% rekam medis yang tidak lengkap, dan 29,3% rekam medis yang tidak mengindikasikan pemeriksaan lain.

5. Kontrak Khusus, Kontrol Cairan, Transfusi, dan Kontrol Berat Badan

Tingkat kelengkapan masing-masing lembar monitor tersebut, untuk RMBP: kontrol khusus yang lengkap mencapai 40,2%, tidak lengkap sebanyak 1,1%, dan tidak ada indikasi sebesar 58,7%. Untuk kontrol cairan rekam medis yang lengkap sebanyak 26,1%, tidak ada indikasi sebanyak 72,8%, dan rekam medis tidak lengkap sebanyak 1,1%. Untuk tranfusi rekam medis yang lengkap sebanyak 92,4%. Untuk kontrol berat badan hanya didapatkan 2,2% rekam medis yang lengkap 3,3% tidak lengkap, dan 94,6% yang tidak ada indikasi.

Untuk RMSP bagian kontrol khusus didapatkan kelengkapan sebesar 35,9%, tidak berindikasi sebesar 64,1%. Untuk kontrol cairan rekam medis yang lengkap sebesar 45,7% dan tidak ada indikasi sebesar 54,3%. Untuk tranfusi rekam medis yang dilengkapi kartu tranfusi sebanyak 18,5%, tidak lengkap sebanyak 2,2%, dan tidak ada indikasi sebanyak 79,3%. Untuk penghitungan berat badan

ditemukan sebanyak 5,4% rekam medis yang lengkap dan 94,6% yang tidak ada indikasi untuk kasus yang perlu dilakukan penghitungan berat badan.

6. Rencana Pengelolaan dan Catatan Perkembangan dan Catatan Perkembangan Penyakit

Pada bagian ini, pengisiannya tergantung kepada rutinitas dan ketelitian dokter yang merupakan catatan perkembangan penyakit pasien sesuai dengan hasil pemeriksaan dokter.

Untuk RMBP didapatkan sebanyak 76,1% rekam medis yang lengkap, sedangkan untuk RMSP didapatkan tingkat kelengkapan sebesar 100%.

7. Lembar Konsultasi

Lembar ini berfungsi sebagai sarana komunikasi antardokter dan didapatkan kasus yang bukan menjadi bidang keahlian dokter yang merawat, sehingga diperlukan konsultasi untuk memecahkan masalah pada kasus yang dijumpai tersebut.

Untuk RMBP rekam medis yang lembar konsultasinya lengkap sebanyak 4,3%, yang tidak lengkap sebanyak 21,7%, dan yang tidak ada indikasi konsultasi sebanyak 73,9%. Untuk RMSP, yang lengkap sebanyak 22,8%, tidak lengkap sebanyak 5,4%, dan tidak ada indikasi sebanyak 71,7%.

8. Daftar Pengobatan dan Rekam Medis Harian

Hasil didapatkan 100% rekam medis yang tidak dilakukan pencatatan daftar obat baik RMBP maupun RMSP. Untuk rekam medis harian RMBP didapatkan kelengkapan sebesar 83,7% dan untuk RMSP kelengkapannya mencapai 100%.

9. Informed Consent, Catatan Prabedah, Laporan Operasi, dan Catatan

Bagian ini sangat penting untuk dikomunikasikan dengan pasien dan keluarganya. Pada bagian ini yang dinilai adalah keberadaan lembaran, identitas pasien, kelengkapan isi, serta tanda tangan-nama terang pasien dan dokter.

Untuk RMBP didapatkan *informed consent* yang terisi lengkap sebanyak 12%, yang tidak lengkap sebanyak 1%, dan tidak ada indikasi sebanyak 87%. Catatan prabedah yang lengkap didapatkan sebanyak 4,3%, sedangkan sebanyak 95,7% tidak ada indikasi pembedahan. Untuk laporan operasi didapatkan 4,3% rekam medis yang lengkap, sebanyak 1,1% rekam medis yang tidak lengkap, dan terdapat 94,6% rekam medis yang

tidak berindikasi operasi. Dari catatan anestesi ditemukan 4,3% rekam medis yang lengkap, 1,1% yang tidak lengkap, dan 94,6% yang tidak ada indikasi.

Untuk RMSP *informed consent* yang terisi lengkap sebanyak 14,1%, yang tidak lengkap sebanyak 1,1%, dan tidak ada indikasi sebanyak 84,8%. Catatan prabedah yang lengkap dijumpai sebanyak 5,4%, sedangkan sebanyak 94,6% rekam medis tidak ada indikasi pembedahan. Untuk Laporan operasi didapatkan 5,4% rekam medis yang lengkap, dan terdapat 94,6% rekam medis yang tidak berindikasi operasi. Dari catatan anestesi ditemukan 5,4% rekam medis yang lengkap, dan 94,6% yang tidak ada indikasi.

10. Asuhan Keperawatan, Kajian Keperawatan, dan Ringkasan Perawatan dan Pengobatan

Bagian ini merupakan bagian rekam medis yang menjadi tanggung jawab perawat karena isinya merupakan catatan dari pengambilan data pasien oleh perawat. Dari RMBP didapatkan kelengkapan asuhan keperawatan 98,9%, dan kelengkapan kajian keperawatan sampai dengan 44,6%. Untuk ringkasan keperawatan didapatkan kelengkapan sebanyak 16,3%. Untuk RMSP kelengkapan asuhan keperawatan menjadi 100%, dan kajian keperawatan dijumpai sebanyak 75%, sedangkan untuk ringkasan perawatan didapatkan persentase kelengkapan sebesar 27,2%.

11. Grafik dan Kode ICD-X

Pada bagian ini grafik merupakan ringkasan secara keseluruhan perkembangan penyakit dan penanganannya yang telah dikonversikan dalam bentuk grafik. Kode ICD juga merupakan konversi dari diagnosis yang telah ditegakkan oleh dokter dan menjadi kode penyakit yang dapat diterima di seluruh dunia. Hasilnya ditemukan 100% rekam medis yang dilengkapi grafik, baik sebelum maupun sesudah pelatihan. Dan ditemukan 0% rekam medis RMBP yang dilengkapi kode ICD. Untuk RMSP hanya ada 1,1% kode ICD yang diisi.

12. Tanda Tangan Dokter dan Supervisor

Yang dinilai pada bagian ini adalah keberadaan tanda tangan dan nama terang dokter yang merawat pasien serta *supervisornya*. Hasilnya dijumpai rekam medis RMBP yang dilengkapi tanda tangan dokter bangsal sebanyak 94,6% dan tanda tangan *supervisor* hanya terdapat pada 62% rekam medis. Setelah diadakan pelatihan ditemukan 98,9% tanda tangan dokter pada rekam medis RMSP dan 90,2% rekam medis dapat ditemukan adanya tanda tangan *supervisor*.

13. Tanggal Masuk, Tanggal Keluar, dan Ketepatan Waktu Pengembalian

Penilaian bagian ini meliputi keberadaan tanggal masuk dan keluar, serta ketepatan waktu pengembalian rekam medis (3 x 24 jam setelah pasien pulang). Hasilnya, dari 92 RMBP dijumpai sebanyak 100% rekam medis yang lengkap dengan tanggal masuk. Untuk tanggal keluar dijumpai 80,4% rekam medis dan yang dikembalikan tepat waktu sebanyak 0%. Setelah diadakan pelatihan ditemukan sebanyak 100% rekam medis yang dilengkapi tanggal masuk, sebanyak 93,5% rekam medis yang tertulis tanggal keluarnya, serta yang dikembalikan tepat waktu masih tetap sebanyak 0%.

14. Hasil Uji Statistik

Dari perhitungan kelengkapan 30 bagian dalam 92 rekam medis sebelum pelatihan dan 92 rekam medis sesudah pelatihan dapat diringkas dengan mempersentasekan keseluruhan bagian yang lengkap menjadi 30 data ringkas kelengkapan rekam medis sebelum pelatihan dan 30 data ringkas kelengkapan rekam medis sesudah pelatihan.

Melihat kelengkapan rekam medis yang dicapai setelah diadakan pelatihan terlihat signifikan secara statistik namun kurang memuaskan secara praktis. Masalah ini terjadi berawal dari banyaknya bagian dalam rekam medis yang tidak diisi. Berkaitan dengan ketidaklengkapan pengisian bagian-bagian dalam rekam medis ini, rumah sakit menyediakan rekam medis dengan kolom yang sangat lengkap dengan tujuan data yang tercatat didalamnya dapat diolah menjadi informasi. Namun kelengkapan dan banyaknya bagian yang ada dalam rekam medis ini justru menjadi permasalahan.

Maksud yang baik dari rekam medis untuk menyediakan informasi seluas-luasnya bagi para pengelola administrasi dan medis di rumah sakit, tidak terwujud karena terdapat defisiensi dalam pengisian rekam medis dengan berbagai kelengkapannya.

Beberapa aspek yang berkaitan dengan aspek kontrol sosial dan hukum, selain aspek medis, juga menjadi alasan penting rumah sakit dalam penyediaan rekam medis yang memadai. Rekam medis akan menjadi perisai bagi pengelola rumah sakit jika terjadi masalah kesenjangan hasil pelayanan, antara harapan pengguna rumah sakit dengan kemampuan para pengelolanya. Namun demikian, kenyataan yang ada tidak mendukung maksud tersebut.

Banyak konsekuensi yang akan didapatkan oleh organisasi pelayanan kesehatan jika kinerja

rekam medis masih rendah. Bernum⁶ menuliskan sungguh sangat ironis, di era yang disebut sebagai era informasi rumah sakit seakan-akan tenggelam dalam era misinformasi, yang ditandai dengan gagalnya rekam medis menjadi sumber informasi yang dapat diandalkan. Baik secara klinis maupun administratif, rekam medis masih menyimpan banyak kekurangan. Dari kenyataan ini dapat diperkirakan bahwa rumah sakit tidak akan mampu berkompetisi di era globalisasi ini yang pada millenium ketiga ini harus berkompetisi terlebih dahulu melawan kontrol hukum dan kontrol sosial. Dipenuhinya aspek hukum merupakan salah satu keharusan yang harus dilakukan oleh rumah sakit untuk berkompetisi.

Kompetisi dalam industri pelayanan kesehatan juga mempunyai rambu rambu etik yang bersifat nonmedis dan harus dimiliki oleh rumah sakit yang menyatakan diri untuk siap bersaing. JCAHO juga mengeluarkan petunjuk bagi rumah sakit untuk melakukan pemasaran dan komunikasi dalam rangka berpromosi. Rambu-rambu ini tentu saja harus dipahami oleh rumah sakit yang mempunyai niat untuk bersaing di forum global.

Burrows⁷ menyatakan bahwa pengelolaan rekam medis mutlak menjadi tanggung jawab rumah sakit. Pernyataan ini beralasan, sebab jika rekam medis bukan lagi menjadi tanggung jawab rumah sakit tetapi sudah menjadi tanggung jawab pengadilan atau hukum. Hal ini berarti telah terjadi kegagalan rumah sakit dalam mengelola kemapanan dirinya, sehingga memerlukan agen lain di luar rumah sakit untuk menyelesaikannya. Oleh sebab itu, perlu disadari oleh seluruh pengelola rumah sakit bahwa sebaiknya aspek hukum dan sosial dipakai sebagai alat swakontrol dan jangan menjadi alat penghukum rumah sakit karena kelalaian.

Bentuk tanggung jawab rumah sakit terhadap pengelolaan rekam medis tidak saja berupa penyediaan berkas rekam medis yang baik, tetapi juga mengupayakan terselenggaranya proses pengolahan data sehingga menjadi informasi melalui kelengkapan pengisian rekam medis. Rumah sakit harus memahami adanya persoalan pada pengelolaan rekam medis yang sulit mendapatkan solusinya. Namun demikian, rumah sakit harus tetap berupaya untuk memecahkan persoalan klasik ini.

Rumah sakit pendidikan adalah salah satu rumah sakit yang sangat bertanggung jawab terhadap kinerja rekam medis. Sebagai pusat pendidikan dokter dan dokter spesialis maka pembentukan moralitas, perilaku, dan kinerja seorang klinisi sangat erat kaitannya dengan proses pendidikan yang mereka terima.

Rumah sakit pendidikan bertanggung jawab untuk membentuk klinisi yang paham akan tuntutan klinik dan administrasi dan memelihara suasana yang kondusif agar terselenggara proses pengelolaan rekam medis yang optimal. Hardianto^a berpendapat bahwa rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi informasi yang terdapat dalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan, pemalsuan data yang ada dalam rekam medis, atau penggunaan rekam medis oleh orang yang tidak berhak. Dalam hal ini, rekam medis sering menjadi sumber data suatu penelitian yang banyak dikerjakan di rumah sakit pendidikan. Kemajuan seorang klinisi dari sisi pendidikan, sering dikaitkan dengan produktivitasnya melakukan penelitian. Selain itu, banyaknya rekam medis yang harus diisi, juga menunjukkan produktivitas klinisi dari segi pelayanan. Banyaknya penelitian yang dikerjakan dan banyaknya rekam medis yang harus diisi merupakan indikator positif dari kinerja rumah sakit pendidikan. Jika hal tersebut dilihat dari sudut pandang produktivitas.

Tetapi jika hal di atas dilihat dari kacamata beban kerja maka banyaknya rekam medis yang harus diteliti dan yang harus diisi menjadi indikator beban yang harus ditanggung oleh klinisi, baik yang sedang belajar maupun yang menjadi pengajar. Jika hal ini terjadi, maka rekam medis akan menjadi bahan penelitian yang hanya dipergunakan pada saat diadakan penelitian dan diperhatikan hanya saat pasien berada di bangsal saja. Mutu rekam medis yang rendah menunjukkan sustainabilitas dari fungsi rekam medis yang terhenti saat klinisi maupun pasien sudah tidak lagi berkomunikasi di tempat perawatan dan para peneliti tidak lagi membutuhkan sumber data untuk bahan penelitiannya saat itu. Di sini, pemanfaatan rekam medis yang sesaat sangat merugikan fungsi rekam medis itu sendiri.

Rekam medis sebagai obyek akan turun harkatnya saat aspek konfidensial (kerahasiaan), aspek hukum, aspek informasi, dan aspek sosialnya sudah tidak lagi melekat karena penggunaan-penggunaan yang bersifat sementara. Penggunaan sementara ini akan memutuskan hubungan rekam medis dengan penggunaanya, sehingga saat berikutnya rekam medis hanya menjadi berkas yang tidak berguna. Jika hal ini terjadi maka mutu rekam medis di rumah sakit terutama rumah sakit pendidikan yang patut untuk dipertanyakan.

Akan sangat sulit untuk dimengerti, sebuah rumah sakit pendidikan mampu membuat berbagai macam penelitian dengan dasar kinerja rekam medis yang tidak sempurna. Penelitian yang

bermutu berawal dari tersedianya data yang bermutu. Akan dilakukan kritik terhadap berbagai informasi yang diperoleh dari rumah sakit dengan kinerja rekam medis yang rendah.

Sebagai pusat pendidikan dokter dan dokter spesialis maka pembentukan moralitas, perilaku, dan kinerja seorang klinisi sangat erat kaitannya dengan proses pendidikan yang mereka terima. Rumah sakit pendidikan bertanggung jawab untuk membentuk klinisi yang paham akan tuntutan teknis medis, etika, dan administrasi. Selain itu juga bertanggung jawab untuk memelihara suasana yang kondusif agar terselenggara proses pengelolaan rekam medis yang optimal dengan terdapatnya rekam medis yang sesuai dengan kebutuhan, terdapat tempat pengelolaan rekam medis yang memadai, terdapat mekanisme kontrol untuk memantau kinerja rekam medis, dan terdapat sistem yang jelas dalam hubungan antara pengisi dengan pengelola rekam medis. Dengan demikian, dapat dimengerti bagaimana pentingnya para pendidik di rumah sakit ini untuk menekankan kepada para calon dokter dan dokter spesialis agar selalu memperhatikan nilai-nilai teknis medis, administrasi, hukum, dan sosial, yang terkandung dalam rekam medis. Dengan konteks RSUP Dr. Sardjito, pendidikan dokter dan dokter spesialis di rumah sakit ini telah berjalan cukup lama. Telah banyak dihasilkan dokter dan dokter spesialis untuk memenuhi tuntutan kebutuhan pelayanan kesehatan diseluruh penjuru negeri. Rumah sakit ini menjadi tempat asal penyebaran dokter dan dokter spesialis di seluruh wilayah Indonesia.

Para klinisi yang bekerja di rumah sakit ini kebanyakan adalah para pendidik calon dokter dan calon dokter spesialis yang dipersiapkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di mana mereka akan ditempatkan. Para pendidik ini yang menjadi acuan dan panutan dari para murid-murid yang sedang berguru mengenai ilmu kedokteran, etika kedokteran, aspek sosial kedokteran, dan nilai-nilai lain yang berhubungan dengan pendidikan dokter secara holistik. Hal ini menjadi sangat ironis, jika kita mengacu kepada data dari Subbagian Rekam Medis bulan Mei dan Juni tahun 2000, yang dikatakan untuk bangsal tertentu hanya dikelola oleh dokter senior RSUP Dr. Sardjito. Angka ketidaklengkapan rekam medisnya sangat tinggi yaitu 114 rekam medis dari 137 pasien bulan Mei tahun 2000, dan 117 rekam medis dari 117 pasien yang terdaftar pada bulan Juni tahun 2000. Banyaknya rekam medis yang belum kembali tersebut menunjukkan bahwa perilaku dokter senior dalam menyikapi rekam medis masih jauh dari baik. Melihat hal ini, akan timbul pertanyaan berikut, apakah mungkin

memberikan pengertian bagi para calon dokter dan dokter spesialis untuk bersikap positif dan proaktif terhadap masalah kelengkapan rekam medis, jika para pendidik sendiri tidak menunjukkan komitmen yang tinggi untuk mengatasi masalah tersebut.

Berbagai macam faktor menjadi penyebab ketidaklengkapan pengisian rekam medis di antaranya adalah: faktor perilaku, faktor iklim kerja, faktor regulasi, faktor spesifikasi informasi, dan faktor administrasi. Dengan kompleksitas faktor penyebab tersebut tentunya akan timbul kesulitan untuk mengatasi persoalan ini. Namun direkomendasikan untuk mengubah sistem informasi yang ada di rumah sakit agar sesuai dengan kebutuhan yang ada saja. Format rekam medis yang ideal tidak menjamin kelengkapan pengisian rekam medis, bahkan cenderung menjadi beban. Para klinisi cenderung untuk menuliskan data yang sesuai dengan kebutuhan saja.⁹ Mengingat pentingnya rekam medis yang lengkap dan berkualitas, yang dihasilkan oleh para klinisi, maka diperlukan suatu program untuk mengingatkan kembali isu utama dalam pengelolaan rekam medis kepada para klinisi. Untuk itu diperlukan suatu program pelatihan yang bertujuan untuk menyegarkan kembali ingatan para klinisi terhadap pentingnya rekam medis dan nilai-nilai hukum, sosial, serta moral yang dikandungnya. Dengan memahami hal-hal tersebut dan dengan diberikannya kesempatan bagi klinisi untuk menyampaikan keluhannya terhadap regulasi rekam medis, diharapkan terjadi suatu perubahan perilaku dalam pengisian rekam medis.

Seperti yang terjadi pada penelitian ini, angka kelengkapan rekam medis meningkat dan kenaikan yang terjadi bermakna secara statistik. Namun masih terjadi kekurangan yang cukup berarti pada penulisan kode ICD-X dan waktu pengembalian rekam medis. Ini menunjukkan bahwa perubahan perilaku yang terjadi harus diikuti oleh penerapan regulasi yang ketat dan berwibawa. Tujuannya adalah untuk mendukung suasana yang kondusif dalam mengatasi masalah pengelolaan rekam medis ini, yang dilakukan tidak hanya melalui pendekatan perilaku saja tetapi juga melalui penegakkan peraturan. Menurut Pathman, *et al.*,¹⁰ para klinisi akan menjalankan suatu protokol dengan baik dan prosedural apabila terdapat *awareness, agreement, adaptation*, dan *adherence*, terhadap protokol yang disampaikan. Artinya bahwa harus terjadi kesepahaman dan terjadi ikatan yang kuat dari klinisi terhadap protokol tersebut agar dapat dijalankan dengan baik. Hal ini banyak terjadi pada kalangan profesional dengan tingkat intelektualitas yang tinggi.

Keinginan klinisi untuk mendapatkan rekam

medis yang ringkas dan praktis, merupakan keinginan yang banyak ditemui di setiap rumah sakit. Komentor peserta pelatihan membuktikan hal ini, misalnya:

"...pada rekam medis terlalu banyak bagian yang diisi..."

"...perlu kemudahan untuk mengisi rekam medis pasien yang hanya dirawat sehari..."

"...banyak tugas lain selain untuk mengisi rekam medis...."

Banyaknya bagian yang harus diisi dan sering terjadi penulisan berulang merupakan salah satu penyebab mengapa rekam medis sering tidak lengkap. Namun harus tetap diingat bahwa rekam medis merupakan sarana penyedia informasi yang penting. Oleh sebab itu, banyaknya data yang harus dilengkapi merupakan konsekuensi dari bervariasinya informasi yang disediakan oleh rekam medis bagi para penggunanya *Source Oriented Medical Record (SOMR)* merupakan salah satu bentuk rekam medis, yang saat ini dipergunakan di RSUP Dr. Sardjito. Dengan model ini pasien merupakan obyek dari para pengelolanya (dokter, perawat, ahli gizi, dan sebagainya). Oleh sebab itu, akan banyak catatan yang diberikan oleh setiap subyek tanpa memperhatikan catatan yang sudah dibuat oleh subyek lainnya.¹¹ Ini merupakan salah satu akar masalah yang terjadi dalam persoalan kelengkapan rekam medis secara umum. Banyaknya catatan yang dibuat tidak menunjukkan banyaknya informasi yang dibuat, tetapi lebih merupakan pengulangan pencatatan yang tidak perlu.

Sebagai obyek, pasien juga akan menderita karena diharuskan untuk menjawab pertanyaan yang mungkin telah diajukan kepadanya berulang kali. Selain itu, pengisi rekam medis cenderung untuk memperhatikan lembaran yang menjadi bagiannya saja. Permasalahan ini dapat diatasi dengan model rekam medis *Problem Oriented Medical Record*. Dengan POMR pasien tidak lagi menjadi obyek dari pemeriksanya. Pasien mempunyai satu catatan yang spesifik yang memuat masalah yang dihadapinya, serta korelasi masalah tersebut dengan permasalahan yang pernah ada pada dirinya. Demikian pula dengan pemeriksaan yang dijalani juga akan menjadi perhatian bersama dari para pengelola pasien tersebut. Dengan POMR masalah pada penderita, hasil observasi, perawatan penderita, dan aspek-aspek lain yang berhubungan dengan penanganan penderita akan terangkai menjadi satu. Hal ini tentu akan memudahkan para pengisi rekam medis karena akan lebih jelas dalam melihat keadaan

pasien dan lebih cermat untuk merencanakan pengelolaan pasien tersebut. Bagi pasien POMR juga menguntungkan karena dengan memberikan keterangan yang cukup, tidak perlu lagi menjawab pertanyaan yang sudah sering dijawabnya. Namun pemakaian POMR, sebagai model *prototipe*, masih mendapatkan ganjalan. Ini terlihat dari komentar peserta pelatihan yang merasa asing dengan POMR. Hal ini terbukti dari komentar peserta:

"...POMR masih sebatas wacana...";
"...POMR tidak cocok diterapkan di rumah sakit kabupaten..."

Padahal, model rekam medis ini sudah disosialisasikan dalam waktu yang cukup lama. Mungkin di sini berlaku hukum perubahan yang akan terjadi resistensi untuk menentang perubahan yang terjadi.

Pelatihan yang dilakukan sebagai bentuk intervensi pada penelitian ini memberikan hasil yang positif, terutama jika diukur dengan angka kenaikan kelengkapan rekam medis yang bermakna secara statistik. Hal positif ini perlu untuk dikembangkan di masa yang akan datang. Namun kenaikan tersebut, masih perlu dikaji kembali pada taraf tertentu, mengingat ada beberapa bagian dari rekam medis yang nilainya menurun setelah dilakukan pelatihan. Sangat dipahami banyak faktor yang mempengaruhi naik turunnya kelengkapan rekam medis.

Kirkpatrick¹² tidak menganjurkan untuk menilai efektivitas pelatihan melalui indikator kinerja secara langsung, tetapi yang perlu diperhatikan adalah atmosfer peningkatan yang mampu dikembangkan oleh pelatihan tersebut. Hasil program pelatihan paling banyak dirasakan oleh peserta pelatihan itu sendiri, sedangkan organisasi akan menuai hasil dari peningkatan kinerja peserta program pelatihan. Jadi sulit untuk mengaitkan kinerja organisasi secara langsung dengan program pelatihan, apalagi jika penilaian hasil dilakukan dalam jangka waktu pendek dengan kriteria-kriteria kuantitatif yang jelas. Penilaian hasil program pelatihan tidak dilakukan dalam bahasa angka yang jelas dan pasti, tetapi menggunakan bahasa psikologis, seperti kenaikan motivasi, peningkatan komitmen, perubahan perilaku, dan sebagainya. Tetapi mempunyai arti yang sangat dalam bagi perubahan kinerja organisasi yang dapat diukur secara langsung.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Melalui uji statistik, didapatkan perbedaan yang signifikan antara kelengkapan rekam medis sebelum pelatihan dengan kelengkapan rekam

medis sesudah pelatihan. Dengan demikian, hipotesis penelitian yang menyebutkan terdapat perbedaan yang bermakna antara kelengkapan pengisian rekam medis sebelum dengan kelengkapan pengisian rekam medis sesudah pelatihan, dapat dibuktikan dan diterima.

Namun demikian, tetap diperlukan pengamatan secara mendalam terhadap faktor-faktor lain yang mempengaruhi kelengkapan rekam medis, seperti: aspek fisik rekam medis, penyimpanan rekam medis, model rekam medis, beban kerja klinisi, iklim kerja klinisi, konsekuensi penerapan regulasi, serta aspek-aspek motivasi lain. Terbukti faktor-faktor tersebut turut mempengaruhi besar kecilnya kenaikan angka kelengkapan pada tiap-tiap subvariabel kelengkapan rekam medis.

Hasil intervensi dari penelitian ini memberikan hasil yang positif bagi kelengkapan rekam medis. Namun demikian, sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan tidak hanya pelatihan saja masih terdapat faktor-faktor lain yang perlu diperhatikan dalam usaha peningkatan angka kelengkapan pengisian rekam medis.

Usaha dalam meningkatkan kelengkapan rekam medis yang dilakukan oleh Tingle² melalui audit medik. Oleh Simandjuntak¹³ di RS Bethesda, melalui pemberian informasi pada kelompok yang kecil, dan oleh Massie¹⁴ di RS Husada, melalui sosialisasi himbauan dari direktur rumah sakit untuk penerapan regulasi, serta oleh Meliala³, melalui program pelatihan, perlu digabungkan agar menjadi suatu upaya yang sistematis, sinergis, terintegrasi, dan komprehensif, sehingga didapatkan suatu program peningkatan kualitas rekam medis yang efektif dan efisien.

Model pelatihan yang sempurna, mengacu pada seluruh pendekatan di atas, dan perlu diberikan pelatihan mengenai pengisian rekam medis, kepada para klinisi dalam jumlah yang kecil dengan bidang keahlian yang sama, melalui pendekatan teknis medis (audit medik), yang diberikan oleh personal dengan integritas dan kompetensi yang tinggi, dengan materi yang jelas dan praktis, dalam suasana yang kondusif untuk menyatukan visi dan misi, serta ditunjang sarana pendukung yang memadai dan didasari oleh penerapan regulasi yang konsisten dari pihak manajemen rumah sakit. Perlu juga dipertimbangkan pemberian insentif dalam usaha meningkatkan kelengkapan rekam medis ini.

Harapannya adalah agar usaha untuk meningkatkan kualitas rekam medis tidak pernah berhenti. Melalui pendekatan *Plan, Do, Check, Action*, yang bersifat sekuensial, usaha ini harus terus dikerjakan agar selimbang dengan pesatnya

perubahan yang terjadi dilingkungan organisasi pelayanan kesehatan. Lingkungan internal dan eksternal organisasi pelayanan kesehatan memberikan andil yang sama dalam proses perubahan pengelolaan rekam medis, keduanya dapat membantu atau malah menjadi ancaman yang mempersulit upaya ini, sehingga kedua faktor tersebut harus benar-benar diperhatikan, agar tidak terjadi kelambatan dalam mengidentifikasi dan memecahkan permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan rekam medis. Di masa depan, dalam pengembalian rekam medis, bukan kemudahan yang berada di depan mata, tetapi tantangan yang semakin hari semakin meningkat kuantitas serta kualitasnya.

KEPUSTAKAAN

1. Kang, S., Kim, K. A. The Survey on The Completeness of Medical Record as The Basis for Producing Valuable Health Information. *Medinfo*; 1998;9 (1):75-79. Dari World Wide Web. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/htbin-post/Diambil> 2 Oktober 1999.
2. Tingle, J. Why Hospital Record Keeping Must Improve. *British Journal of Nursing*. 1995;4(17):982-83.
3. Meliala, A. Audit Rekam Medis Penderita Epilepsi di Poliklinik Penyakit Saraf RSUP. DR. Sardjito. Karya Tulis Ilmiah. Fakultas Kedokteran Universitas J Gadjah Mada. Yogyakarta. 1993.
4. Hatta. G. Faktor-Faktor yang Berhubungan Dalam Kualitas Pelayanan Bedah Cesaarea di RSAB Harapan Kita: Suatu Telaah Rekam Medis Periode (1987-1991). Tesis Program Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta. 1994.
5. Gill, J, Johnson, P. *Research Methods for Managers*, 2nd ed Paul Chapman Publishing Inc, Liverpool, GBR. 1997.
6. Burnum, J., M. The Missinformation Era: The Fall of Medical Record. *Ann Intern Med*, Mar 15. 1989; 110(06):482-84. 1989.
7. Burrows, M., Dyson, R., Jackson, P., Saxton, H. *Management for Hospital Doctors*. Butterworth-Heinemann Ltd. Linacre House, Jordan Hill, Oxford. 1994.
8. Hadianto, I. Rekam Medis Dalam Profesi Kedokteran dalam Pendidikan Keterampilan Medik Terpadu. Laboratorium Keterampilan Medik terpadu Yogyakarta. 2000.
9. Stinson, E.R., Mueller, D.A. Survey on Health Professionals Information Habits and Needs. *Jama*. Jan. 1980; 243(2): 140-43.
10. Pathman, DE, Konrad, I. R, Freed, G.L, Freeman, V A, Koch, G.G. The Awareness to Adherence Model of the Steps to Clinical Guideline. *Compliance*. Lippincot Raven. 1996;34 (9):873-89.
11. Sunartini. Rekam Medik yang Berorientasi pada Masalah dalam Pendidikan Keterampilan Medik Terpadu. Laboratorium Keterampilan Medik Terpadu. Yogyakarta. 2000.
12. Kirkpatrick, D., L. *Evaluating Training Programs The Four Level*. BerrettKoehler Publishers, Inc., San Francisco, CA. 1994.
13. Simandjuntak, C. Telaah Rekam Medis dalam Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan di UGD RS Bethesda Yogyakarta. Tesis Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 1997.
14. Massie, M.S. Perilaku Dokter dalam Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di RS Husada Jakarta. Tesis Program Pasca Sarjana, Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta. 1999.